Rok XXXVII. Kraków 1. Października 1898. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z doświadczeń własnych nad leczeniem operacyjnem odwinięcia powieki dolnej (ectropion).

podał

Prof. Dr. Wicherkiewicz.

Powszechnie znaną jest okoliczność, iż tem więcej wymyśla się sposobów operacyjnych przeciw wadom organicznym naszego ustroju, im więcej wady te są różnorodnego pochodzenia i im więcej wymagają ścisłego indywidualizowania. I nie ma się czemu dziwić. Różnorodność bowiem pochodzenia i powstawania takiej wady wymaga też niejednokrotnie nietylko różnych sposobów leczniczych, ale i operacyjnych, by odpowiedzieć wszelkim warunkom etyologii.

Ten stosunek zachodzi właśnie przy odwinięciu powieki, zawdzięczającemu swe pochodzenie najrozmaitszym okolicznościom. Lubo już wymyślono i polecono cały szereg operacyj przeciw tej przykrej, szpecącej i, dla zachowania prawidłowego stosunku gałki, niebezpiecznej wadzie, to jednak często jeszcze znajdujemy się w przykrem położeniu, gdy idzie o wybór postępowania operacyjnego, a niejednokrotnie walczymy z wielkiemi trudnościami, gdy mamy do czynienia z odwinięciem może najczęściej zachodzącem, to jest tem, które powstaje w następstwie zwątlenia wolnego brzegu powiekowego. Do takiego zwątlenia przyczynić się mogą, jak wiadomo, osłabienie mięśnia obrączkowego, jako pozostałość po porażeniu, albo też osłabienie starcze tego mięśnia (paresis senilis), albo też stan zapalny brzegu powiekowego lub spojówki powiekowej. Ale i wszystkie te okoliczności razem wzięte mogą się składać na sprowadzenie tego patologicznego stanu.

Widzimy w takich razach mniej więcej silne przedłużenie wolnego brzegu, nabrzmienie spojówki, która mocą ciężkości swej tem więcej powiekę od gałki oddala. Jeżeli skóra poprzednio już była skróconą albo wskutek wyprzyskowego zapalenia, lub wskutek łzawienia które wywołuje zapalenie przybrzeżne, brzeg powiekowy coraz więcej się oddala ku dołowi, posuwając za sobą spojówkę, a z nią także i chrząstkę. Gdy stan ten trwa dłużej, wada organiczna, wzmagając się, sprowadza zupełne przesunięcie chrząstki tak, że okręcając się około swej osi poziomej, zwraca górny swój brzeg ku przodowi, a następnie ku dołowi, dolny zaś ku górze. W ten sposób listek przedni powiekowy, składający się ze skóry i mięśnia przesuwa się po tylnym, t. j. po chrząstce ze spojówką i powięzią oczodołowo-chrząstkową i niejednokrotnie oba te listki, które poprzednio, w warunkach prawidłowych, leżały za sobą, leżą teraz w jednej płaszczyźnie, t. j. przedni poniżej tylnego.

Uwzględniając sposób powstawania i okoliczności sprzyjające wytworzeniu się tego wadliwego położenia powieki, starałem się w następujący sposób złemu zaradzić:

Gdy chodzi o odwinięcie powieki u osób młodych, zołzowatych, usiłuję najprzód wpływać na usunięcie tego zboczenia przez stósowne leczenie cierpienia spojówkowego i brzegu powiekowego. Obok środków lekarstwianych, które niejednokrotnie zmieniać wypada, niepoślednią rolę odgrywa przy tem zakładanie opaski uciskowej. Dobry skutek wiele zależy od sposobu zakładania jej i widzimy nie rzadko, że właśnie pod wpływem takiej opaski, założonej po należytem podniesieniu odwróconej powieki, stan wadliwy znacznie się poprawia, a nawet zupełnie ustępuje. Skoro atoli, mimo naszych usiłowań, wadliwe położenie powieki się nie zmienia, lub nie osięga się skutku leczenia, natenczas zwracam się do następującego rękoczynu: Cztery do sześciu mm. poniżej wolnego brzegu powiekowego robię równoległe do niego cięcie, przewyższające długością w obu kierunkach długość brzegu powiekowego. Po odłączeniu skóry ku górze i dołowi, oddzielam cięciem płaskiem część chrząstkową mięśnia obrączkowego, a przesuwając ją ku górze, nakłówam ostrym haczykiem w górę przesunięty dolny brzeg chrząstki, którą należycie obnażam. Ułatwia się bardzo ten okres operacyjny przez to, że asystent wciska dolne sklepienie spojówkowe (fornix) płytą Jaegerowską, i zwraca chrząstkę ku przodowi. Teraz zakładam szwy w następujący sposób: Najprzód w samym środku rany przeprowadzam igłę przez górną wargę rany skórnej, przez dolny brzeg chrząstki poniżej ku górze przesuniętej części chrząstkowej mięśnia obrączkowego, dalej przeprowadzam igłę ku dołowi pomiędzy skórą a mięśniem obrączkowym, t. j. jego częścią oczodołową i, mniej więcej na wysokości dolnego brzegu oczodołowego, wprowadzam igłę przez skórę ku przodowi. W tenże sposób, przeciągnąwszy jeszcze dwie nitki na wewnątrz i zewnątrz od poprzedniej w oddaleniu kilku mm., związuję wszystkie trzy na wałeczku waty, położonej poziomo poniżej cięcia skórnego.

Natychmiast pokazuje się, że brzeg powiekowy przybiera kierunek prawidłowy, jedynie może nieco przedstawia się obniżonym i odstającym. Obniżenie to jednakże później znika. Przez kilka dni zakładam opaskę na oko, a po 5-ciu dniach nitki wyjmuję.

Jakiż jest skutek tego rękoczynu? Przedewszystkiem część chrząstkową mięśnia obrączkowego, przesuniętą ku dołowi, posuwam do góry, a tu ją przytwierdzając, usposabiam do należytego działania. Dalej, chrząstkę okręconą stósownie przywodzę do prawidłowego położenia i do skóry przytwierdzam, a wreszcie, przez czasowe zmarszczenie skóry od dołu ku górze, nadaję powiece podporę, ułatwiającą ustalenie się dwóch poprzednich warunkowych zadań.

Postępowanie to zmierza więc do spełnienia podobnych zadań, jakie Hotz, przy swej operacyi przeciw podwinięciu, postawił sobie; ale tutaj w odwrotnym kierunku. Przy podwinięciu powieki przytwierdzamy przesuniętą skórę do chrząstki, tutaj zwichniętą chrząstkę do skóry. Możnaby w części to zadanie spełnić przez szwy Snellenowskie, ale najprzód nie działamy tak ściśle celowo, a dalej wynik zależny jest mniej więcej od zapalenia odczynowego, połączonego z dość silnym bólem, nieraz i ropieniem, a w każdym razie postępowanie Snellena długo szpeci i utrudza chorego. Mój nowy sposób odpowiada przedewszystkiem najważniejszemu przyczynowemu zadaniu, t. j. przywróceniu części mięśnia obrączkowego fizyologicznego jego działania na chrząstkę. (Fukala wymyślonym przez siebie sposobem operacyjnym, opisanym najprzód w „Berl. klin. Wochenschrift", 1891, Nr. 11, stara się również odpowiedniej, aniżeli to Snellen czyni, działanie szwów tegoż rozciągnąć nie na kilka tylko punktów, ale na cały brzeg chrząstki i chwali sobie dobre wyniki).

Skoro atoli odwinięcie połączone jest ze znacznem przedłużeniem wolnego brzegu, mianowicie w przypadkach zadawnionego odwinięcia starczego (ectr. senile), przyczem i spojówka dość silnie nabrzmiała, natenczas albo zaraz łączymy powyższe postępowanie z zeszyciem powiek przykącikowem, albo też później je wykonujemy.

Przy odwinięciu porażennem nie będziemy mogli się obyć bez takiego zeszycia częściowego brzegów powiekowych (blepharorraphia), a nie rzadko właśnie ten rękoczyn sam, gdy leczenie przyczynowe nie doprowadzi do pożądanego celu, zboczenie albo zupełnie usunie albo przynajmniej znacznie osłabi. A chociaż moje, powyżej opisane, postępowanie operacyjne i tu wiele do złagodzenia wady przyczynić się może, to jednak nie odpowie ważnemu zadaniu przywrócenia działalności mięśnia, który i tak albo porażony, albo uległ już zmianom zwyrodnienia.

Lubo postępowanie to znowu w innych przypadkach odwinięcia powieki, połączonego z przedłużeniem brzegu lub też bez niego, prawie nigdy, według mego dotychczasowego doświadczenia, nie zawodzi, to jednak zachodzą przypadki, gdzie ono samo nie wystarcza. Mam tu na myśli te mianowicie przypadki, gdzie skóra powiekowa, wskutek długotrwającego wyprysku, uległa znacznemu skróceniu. Już ten wyprysk, pierwotny czy też następowy, w wysokim stopniu ułatwia powstanie odwinięcia powieki. Obnażona spojówka ulega zgrubieniu, a nierzadko i chrząstka nabrzmiewa: jedno i drugie ciężarem swym, odwodząc powiekowy wolny brzeg od gałki, tylko wzmaga wadę. W tych uporczywych a ciężkich przypadkach niestety często ani leczenie długotrwałe ani rozmaite zabiegi operacyjne nie prowadzą do trwałego wyniku. Gdy ani szwy Snellena, ani rękoczyn Szymanowskiego, ani też i przemieszczenie skóry sposobem Thierscha nie prowadziły do celu, użyłem w kilku przypadkach następującego połączonego postępowania, które nadzwyczaj uporczywe cierpienie wreszcie usunęło i, tak pod względem czynnościowym jako też i kosmetycznym, zadowolnić mogło. Najprzód wykroiłem tuż przy zewnętrznym kąciku, stósownie do wadliwego przedłużenia powieki, kawałek trójkątny ze spojówki i chrząstki i to zapomocą noża grotowego, rozpołowiwszy, podobnie jak to Kuhnt poleca, na dwa listki powiekę. (*Beiträge zur operativen Augenheilkunde 1885. Jena*). Po wycięciu trójkąta przedłużam atoli rozpołowienie więcej dośrodkowo i płat tylny, (zamieniony przez chorobotwórcze odwinięcie na przedni), przesuwam na zewnątrz i tu go przytwierdzam kilku szwami. To ma natychmiast ten skutek, że szpara powiekowa się skraca, ale powieka zawsze jeszcze pozostaje odwrócona, albo przynajmniej, przy silniejszem zamykaniu, odwija się. Skutek natomiast staje się zupełnym, skoro natychmiast operacyę tę łączymy z rękoczynem moim, powyżej opisanym. Powieka teraz przyjmuje zupełnie prawidłowe położenie i zachowuje je zawsze. Oczywiście winniśmy przy tem nie zapominać o uwzględnieniu przyczyny cierpienia i, po dokonanej operacyi, wpływać przez dłuższy czas na usunięcie zapalenia skóry powiekowej i spojówki, jako też niemniej starać się o stósowne odżywianie osobnika, cierpieniem dotkniętego.

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza.

W sprawie leczenia wrzodów podudzia

podał

Dr. Hubert Dika,

lekarz oddziału.

Leczenie wrzodów podudzia, szczególnie powstałych na tle trwałego rozszerzenia żył, jest częstokroć w praktyce lekarskiej jednem z najniewdzięczniejszych zadań. Chorzy, przeważnie ubodzy, nie potrafią ściśle zastósować się do poleceń lekarskich i, wskutek tego, nie widząc postępu w gojeniu się wrzodu, używają częstokroć rozmaitych środków domowych, a zanieczyszczając coraz bardziej wrzód, dopiero w późnym okresie po raz wtóry zgłaszają się do lekarza, który wtenczas nie ma innego wyboru, jak posłać chorego do szpitala, w celu wykonania najczęściej znaczniejszej jakiejś operacyi, a niestety, dość często, w celu przedsięwzięcia odjęcia kończyny.

Z różnych sposobów leczenia wrzodów żylakowych najwięcej rozgłosu nabrały metody uciskowe, które dość często dają zadawalniające wyniki, wskutek poprawy krążenia żylnego, oczywiście przy odpowiedniem leczeniu samego wrzodu. Znane są sposoby zakładania opasek uciskowych, sprężystych (elastycznych), gumowych, flanelowych, krepowych, opasek z przylepca; wszystkie jednak mają, pomijając już inne niedogodności, tę wadę, że przeważnie szybko się niszczą, są drogie, a nie zawsze prowadzą do zadawalniających wyników leczenia.

W r. 1885 podał Unna sposób leczenia wrzodów podudzia, polegający także na lekkim a jednostajnym ucisku elastycznym kończyny, zapomocą opasek klejowo-cynkowych (Zinkleimverbände)[1]). Dalej w tym kierunku prowadzono doświadczenia w klinice Helfericha w Gryfii, który też opisał dokładnie technikę tych opasek[2]). Wyniki leczenia, otrzymane tym sposobem, ogłosił prof. Haidenhain w r. 1892[3]) i poleca sposób ten, jako jeden z najpewniejszych.

---

[1]) Die Staungsdermatosen des Unterschenkels und ihre Behandlung.

[2]) Jahresbericht über die chirurg. Klinik der Universität Greifswald im Jahre 1889. Leipzig. Vogel.

[3]) Über die Behandlung von chronischen Fussgeschwüren und Eczemen mit Unnaschen Zinkleimverbande. Berl. Klin. Wochenschrift 1892, Nr. 14.

Z opisu jego wynika, że miał do czynienia z wrzodami niewielkimi, bo jako *unicum* mówi o wrzodzie wielkości dłoni, wygojonym pod opaską klejowo-cynkową.

Wskutek polecenia prymaryusza oddziału chirurgicznego, prof Trzebickyego, stosowałem ten sposób leczenia wrzodów podudzia, zarówno na chorych stałych jak i przychodnich, w przeszło 40 przypadkach.

Sam sposób leczenia nie nowy i dziwnem jest, iż pomimo znakomitych wyników, jakie nim osiągnąć można, dotąd bardzo mało używany. Nie zachęcał on dotąd, być może z tego powodu, iż w artykułach np. Haidenhaina i innych opisywano same wrzody małe, poddawane powyższemu leczeniu, a nie wspominano ani słówkiem o zastósowaniu tego sposobu przy wrzodach dużych. Ludność bowiem w Niemczech, więcej dbająca o swoją zdrowotność, zamożniejsza i więcej lekarzowi ufająca, nie dopuszcza do szerzenia się wrzodu. U nas, niestety, przeciwnie; wrzody zaniedbane, duże, a nawet wprost olbrzymie, wcale nie należą do rzadkości. To też Haidenhain, na podstawie swojego doświadczenia, mógł jedynie twierdzić, iż wrzody małe goją się w przeciągu kilku tygodni, cośmy na naszym materyale w zupełności stwierdzili; my zaś doszliśmy do przekonania, że wyniki są równie świetne i wobec wrzodów większych, a czas trwania leczenia, w miarę zwiększenia się rozmiarów wrzodu, nie o wiele się przedłuża. Jedynie tylko wrzody olbrzymie, z powodu których uciekano się dotąd do najradykalniejszego leczenia, t. j. do amputacyi kończyny, wymagają do zupełnego zabliźnienia nieco znaczniejszego czasu.

Z blizko jednorocznego naszego doświadczenia nie możemy dotychczas twierdzić stanowczo, że wyniki osiągnięte będą trwałe i że mianowicie nie okażą się nawroty w miejscach zabliźnionych; ale samo wejrzenie blizn, które są miękkie, podatne i elastyczne, każe przypuszczać, że skłonność do nawrotów jest chyba małą. Zresztą powołam się tu na zdanie Langsdorfa[4]), który wprawdzie leczy wrzody w inny sposób, ale po wygojeniu zakłada opaski klejowo-cynkowe, twierdząc na podstawie 200 przypadków, że pod takiemi opaskami wytwarza się blizna silna, która nie jest skłonną do nawrotu wrzodu.

Zakładanie opasek wykonywamy w sposób przez Haidenhaina polecony, a mianowicie: Chory moczy kończynę chorą w kąpieli letniej przez godzinę i nawet dłużej tak, aby wrzód dokładnie się oczyścił, poczem, nie obcierając kończyny, zmywamy wrzód płynem przeciwgnilnym. Wrzody wielkie, bardzo zanieczyszczone, poddajemy kilkakrotnej kąpieli z dodatkiem kreoliny i to najczęściej przez szereg kilku dni, po każdej zaś kąpieli opatrujemy wrzód gazą jodoformową. Po oczyszczeniu się wrzodu, a przy wrzodach czystych zaraz po pierwszej kąpieli, smarujemy okolicę wrzodu, podudzie i stopę, począwszy od nasady palców aż poniżej kolana, pastą klejowo cynkową *(Zinci oxydati, Gelatinae albae aa 20.00, Aquae destil., Glycerini aa 80.00)* poprzednio w gorącej wodzie do płynności ogrzaną. Na sam wrzód, jeżeli jest czysty, zdrową ziarniną pokryty, kładzie się kawałek wyjałowionej gazy odtłuszczonej; jeżeli zaś jest atoniczny, lub pokryty za bujną ziarniną, przypala się go poprzód lapisem. Wyjątkowo, jeżeli wrzód jest czysty, a sączy zbyt mocno, można go posypać dermatolem. Na tak nasmarowaną kończynę i przykryty wrzód zakłada się opaskę krochmalną, zamaczaną w ciepłej wodzie, szeroką na 10 ctm., od nasady palców okrężnie ku górze. Przytem należy zwracać uwagę na to, by nie uciskać kończyny i nie robić fałdów i renwersów. Gdy już cała stopa i podudzie są pokryte jedną warstwą opaski, smaruje się na nią znowu pastę klejowo-cynkową tak, by nią oczka gazy wypełnić i zakłada drugą warstwę opaski. Warstw takich zakładamy 3—4 smarując także i najzewnętrzniejsze. Po pół godzinie opaska wysycha i chory może chodzić. Opaska taka pozostaje bez zmiany aż do chwili, kiedy wydzielina wrzodu przesiąka przez powierzchowne warstwy; w początkach wypada ją zmienić co trzy do czterech dni, później raz na tydzień, a w miarę dalszego gojenia się, jeszcze rzadziej. Po zupełnem wygojeniu się wrzodu może opaska od 3—6 tygodni leżeć. Celem zdjęcia opaski chory dostaje kąpiel letnią, w której opaska rozmaka i z łatwością zdjąć się daje. Zauważyć tu wypada, że po założeniu po raz pierwszy takiej opaski, a czasem nawet i drugiej, chorzy prawie zawsze się żalą na boleśność w okolicy wrzodu, nie tak wielką jednak by nie mogli się zajęciom swoim oddawać; opaski zaś późniejsze żadnych nie sprawiają dolegliwości.

W niektórych przypadkach, szczególnie u osób wrażliwych, występuje boleśność całej kończyny i to nawet dość znaczna, przeważnie jeżeli chory siedzi, lub w nocy; podczas ruchu zaś bóle ustępują.

W tych przypadkach, zamiast jednej ciągłej warstwy, zakładamy warstwę złożoną z pojedynczych okrężnych opasań (tur), t. j. że za każdym razem, otoczywszy obwód kończyny w jednem miejscu, ucinamy opaskę, a idąc wyżej powtarzamy to samo, aż poniżej kolana. Warstw takich zakładamy dwie, trzecią zaś jest warstwa ciągła. Przy założeniu opaski w ten sposób bóle ustępują.

Zakładanie podobnych opasek z początku wydaje się dość mozolnem; później jednak, przy pewnej wprawie, nie zajmuje to więcej czasu, niż zwykły większy opatrunek chirurgiczny.

(Dokończenie nastąpi).

III. O rokowaniu w nerkowych chorobach zapalnych.

Wykład habilitacyjny

Dra J. Wiczkowskiego,

przełożonego pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

Naturalnie najważniejszym składnikiem moczu, o który idzie w zapaleniach nerek, jest białko. Stosunkowo największą ilość białka spotykamy w ostrem zapaleniu miąższowem, zwłaszcza, gdy mało moczu się wydziela, i — w skrobiowatem zwyrodnieniu nerek. Lecz ilość białka nie stanowi miary w rokowaniu: najlepszy dowód, że w pierwszym razie rokujemy względnie dobrze, w drugim — względnie źle. Źle rokować będziemy nawet przy małej ilości białka w przewlekłych zapaleniach śródmiąższowych, gdzie z powodu przerostu lewej komórki serca ilość moczu staje się znaczną. Złe rokowanie odnosi się do zupełnego wyleczenia, a nie do życia, gdyż wiadomo, że chorzy na zapalenie śródmiąższowe mogą żyć

---

[4]) Centralblatt f. Chirurgie 1897 p. 1193.

długie lata, wogóle tak długo, jak długo akcya serca nie odmawia posłuszeństwa.

Z drugiej strony oznaczenie ilościowe białka z dnia na dzień, lub co kilka dni, będzie nam bardzo pomocnem w rokowaniu, gdyż pozwoli choćby z najmniejszych, ale stałych wahań w ilości białka wnioskować co do ostatecznego zejścia choroby. Jak już wspomniałem, w śródmiąższowych zapaleniach przewlekłych nerek ilość białka bywa bardzo małą, tylko jego ślad. Tutaj częściej niż w innych rodzajach zapaleń podlega ilość białka wahaniom; często w moczu rannym brak białka, a po obiedzie, wieczorem, szczególnie po umęczeniach fizycznych, nawet po znużeniach umysłowych, białko się zjawia, niekiedy nawet na pewien dłuższy czas znika z moczu, poczem znów występuje. Należy o tem dobrze pamiętać wobec pojawiania się białkomoczu tak zwanego fizyologicznego. Białkomocz wtedy tylko jest fizyologicznym, gdy rzadko kiedy się pojawia i to zawsze po danej jakiejś przyczynie, np. po obfitem mięsnem jedzeniu, po wysilających marszach; podczas gdy białkomocz okresowy, choćby były małe ilości białka, winien już zwrócić naszą uwagę na rozwijające się cierpienie nerkowe. Takim okresowym białkomoczem rozpoczynają się cierpienia nerkowe przy zwapnieniu naczyń w ogólności, a tętnic nerkowych w szczególności; dalej wśród skazy moczanowej, w przebiegu cukrzycy itp. Naturalnie trzeba wykluczyć wszelkie inne choroby, np. gorączkowe, wady serca, wogóle sprawy zastoinowe, wśród których białko w moczu znajdujemy. Wśród cukrzycy można łatwo spostrzegać, jak zwolna i nieznacznie poczyna się białko w moczu pojawiać; ilość jego ciągle się wzmaga, nie rzadko tak bierze górę białko nad cukrem, że znika cukrzyca, występuje zapalenie nerek ze wszelkimi objawami i powikłaniami. Jeszcze na dłuższy przeciąg czasu rozciąga się pojawianie białkomoczu z powodu skazy moczanowej. Tutaj w całej pełni uwidacznia się, że potrzeba częstego badania moczu, bo tak grymaśnie białko się pojawia. Wystarcza ścisłe rozpoznanie skazy moczanowej, aby białkomoczowi w całem tego słowa znaczeniu okresowemu przypisać pewną wagę. Powołując się na doświadczenie innych i moje, podane w mej pracy „O skazie moczanowej“ orzekam stanowczo, że wtedy rozpoznanie skazy moczanowej jest pewne, gdy się wykaże, że kwas moczowy krystaliczny łatwo się z moczu wydziela; a więc nie ilość kwasu moczowego rozstrzyga, tylko własność moczu rychłego wydzielania krystalicznego kwasu moczowego, naturalnie obok innych wskazówek rozpoznawczych. Na szczególniejszą również wzmiankę zasługują przypadki białkomoczu, występującego na tle miażdżycy tętnic, z czem łączy się niejednokrotnie zanik miąższu nerkowego. W takich razach znajduje się tylko ślad białka; wydarzyć się nawet może, że go brak zupełny, a przecież zanik nerek ciągle się posuwa. Tylko ogólne objawy, jak przypadłości żołądkowe, niesmak i gorycz w ustach, brak łaknienia, natomiast znaczne pragnienie, ilość moczu (może dochodzić do 2—3 litrów na dobę), tylko więc powyższe objawy zdradzają, że w nerkach rozwija się sprawa poważna. Równorzędnie wytwarza się przerost gruczołu przypratnego, pęcherz traci swą elastyczność, mocz zatrzymuje się i to w coraz większej ilości, mimo, że go się może wydzielać dość znaczna ilość. Poczem często nagle po błędzie dyetetycznym, lub nawet po błahej przyczynie, mocz się zatrzymuje, rozwija się prawie nagle nieżyt pęcherza, w dalszym ciągu niemożność utrzymania moczu, przychodzą oznaki zakażenia i chorzy tacy giną wśród objawów ropnicy, różniącej się od mocznicy brakiem drgawek i zapalenia siatkówki. Przeto ilość białka w starszym wieku, choćby mała, przy objawach żołądkowych, samym żołądkiem nie dających się wytłómaczyć, przy wzmożonem pragnieniu, nawet przy dość znacznej z początku ilości wydzielonego moczu, gdy miażdżyca tętnic wybitna, a gruczoł krokowy powiększony, ten białkomocz każe źle rokować ze względu na wyżej wymienione powikłania.

Wiedząc więc z doświadczenia, które choroby mogą sprowadzać zmiany w miąższu lub w śródmiąższu nerkowym, tem samem nigdy nie powinno się zaniedbywać bacznej uwagi na stan nerek.

W moczu mogą się znajdować trzy gatunki białka: *serumglobulina*, *nucleoalbumina*, *paraglobulina*, nadto albumosa i pepton. Najczęściej jest białko surowicze; nukleoalbumina jest głównym składnikiem komórek, dlatego tam jej najwięcej, gdzie komórki rozpadają się (nephritis desquamativa), lub gdzie się znajdują leukocyty.

Paraglobulina przynosi swoją obecnością smutną wróżbę, bo zjawia się przeważnie w najcięższych postaciach zapaleń nerkowych. W przypadkach zapaleń ropnych, z przyczyn już wymienionych, w których zwykle znajduje się znaczna ilość leukocytów, wiele zależy na oznaczeniu, czy ilość białka odpowiada ilości leukocytów, czyli też jest go więcej; innemi słowy, czy obok nukleoalbuminy znajduje się i białko surowicze. Bo właśnie w razie obecności białka surowiczego jest powikłanie ze strony nerek, które bardzo ciąży na szali rokowania.

Albumosa w moczu najczęściej występuje w rozmiękczeniu kości, nowotworach kości i w ostrych wysypkach. Albumosurya często wyprzedza albuminuryę, może również naprzemian z albuminuryą występować, lub też po zniknięciu białka jakiś czas utrzymuje się.

Co do innych składników w moczu w rozpuszczeniu się znajdujących należy nadmienić: w ostrem zapaleniu nerek mocznik i chlorki są zmniejszone, również i kwas fosforowy. Kwas moczowy w ilości swej prawie niezmieniony, zwiększa się zaś ilość ciał ksantynowych. Według Jaassvelda, Stokvisa, Kroneckera utrudniona jest przemiana kwasu bendżwinowego w kwas hipurowy.

W przewlekłem miąższowem zapaleniu ilość mocznika bywa różną, zwykle zmniejszoną; ilość kwasu moczowego wydziela się w prawidłowych granicach, ciała ksantynowe zachowują się odwrotnie jak mocznik; wydzielenie ich wzmaga się wraz z wzrostem obrzęku, a zmniejsza się równorzędnie, gdy obrzęk znika. Sole mineralne są raczej zmniejszone, chociaż stałej zasady pod tym względem dotąd jeszcze niema. W przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu nerek, odsetkowa ilość mocznika jest zmniejszoną, bezwzględna dzienna ilość może być prawidłową, jeżeli ilość moczu jest znaczną, a odżywienie dobre. Kwas moczowy, amoniak jużto nie okazują żadnych zboczeń co do ilości, jużto są zmniejszone; ciała aloksurowe stale są zwiększone; w czystem zwyrodnieniu skrobiowatem nerek zdają się wydzielać w prawidłowej ilości i temu prawdopodobnie przypisać należy, że do mocznicy nigdy nie przychodzi.

Dla celów rozpoznawczych i prognostycznych, obok wykazania białka, ważnem jest badanie osadu. Z pomiędzy składników osadu wysuwają się na pierwszy plan wałeczki

Bellniego. Nie wchodząc bliżej w roztrząsanie sposobu, w jaki wałeczki się tworzą, czy z białka, czy z komórek przybłonkowych, tyle na pewne wiadomo, że wałeczek jest wytworem nerkowym. I czy to jest zwykłe przekrwienie nerek, czy jakieś zwyrodnienie, tembardziej, gdy sprawa zapalna, wałeczki okazują się w moczu, różne co do wejrzenia, kształtu, lecz nie do tego stopnia, aby ztąd można wysnuć ścisłe wnioski rozpoznawcze.

Mniej więcej stale powtarza się następująca reguła: w przekrwieniu nerek znajdujemy tylko skąpe wałeczki szkliste; w ostrem zapaleniu wałeczki bywają nasadzone przybłonkami kanalików moczowych (neph. desquamat.), ciałkami krwi czerwonemi (neph. haemorrhagica), leukocytami (nephrit. purulenta); bywają także ziarniste drobno- lub grubo z powodu zwyrodnienia tłuszczowego, lub też nasadzone kryształkami kwasu moczowego lub szczawianu wapniowego. Mogą te wszystkie postacie obok siebie się znajdować lub pewna postać przeważać; często jeden wałeczek w pewnej części szklisty, w innej nasadzony przybłonkami, ciałkami krwi, grubo lub drobno ziarnisty. Mogą być grube, cienkie, długie, krótkie. Rzadko tylko brak ich w ostrem zapaleniu nerek, a wtedy *malum omen*, gdyż świadczy o słabej sile *vis a tergo*, o osłabieniu mięśnia sercowego, który nie jest w stanie przesunąć wałeczków przez kanaliki. Obecność przeważnej ilości wałeczków ziarnistych każe wnioskować, że sprawa zapalna przechodzi w przewlekłą.

W przewlekłem bowiem miąższowem zapaleniu nerek znajdują się w osadzie te same składniki, co i w ostrem zapaleniu, z tą tylko różnicą, że sprawa zwyrodnienia wybitniej się uwydatnia na składnikach morfotycznych; i tak wyrodnieją tłuszczowo same wałeczki, jak niemniej wyrodnieją osadzone na nich czy to komórki przybłonkowe, czy ciałka krwi czerwone i to w tym stopniu, że zaledwie można dostrzedz ich zarysów. Spotykamy i wałeczki tak zwane skrobiowate, powstałe z przeobrażenia wałeczków szklistych przez długie pozostawanie ich w kanalikach moczowych; obecność więc ich nie świadczy jeszcze o zwyrodnieniu skrobiowatem nerek.

W ostrej i w przewlekłej miąższowej postaci zapalenia znajdują się w osadzie mniej lub więcej często leukocyty, z których tylko jednojądrzaste są pochodzenia nerkowego. Mogą być między nimi i eozynofilne, — według mego doświadczenia, które uzasadniłem w mej pracy, wydanej przed dwoma laty w poznańskich „Nowinach Lekarskich" — pomyślne zwiastuny co do ostatecznego zejścia choroby. Leukocyty wielojądrzaste pochodzą zazwyczaj z dolnych dróg moczowych. Znajdujemy nadto w osadzie komórki przybłonkowe z kanalików moczowych małe, okrągłe lub wałeczkowate; gruszkowate z miedniczek nerkowych obok płaskich brukowych z pęcherza, a ewentualnie z pochwy u kobiet. Ze względu, że komórki przybłonkowe powyżej wymienione, a mianowicie pochodzące z kanalików moczowych i miedniczek nerkowych, nie są tak cechujące, jakby się spodziewać należało, gdyż podobne co do kształtu są do komórek z przewodów gruczołowych i gruczołów, należących do dróg moczowych, jak z gruczołu nasiennego, Bertholiniego itp., przeto obecność ich nabiera znaczenia tylko przy istnieniu innych danych znanych tak z rozbioru chemicznego, jakoteż mikroskopowego moczu.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Z Zakładu powszechnego do badania środków spożywczych.

Badanie mleka i masła

przez

A. Wróblewskiego.

Z przysyłanego do Zakładu mleka wypadło mi zbadać od 1-go stycznia do 1-go lipca r. b. prób 13. W ośmiu przypadkach mleko było zafałszowane. Wyniki rozbioru widoczne są z załączonej tablicy:

Liczba	Cięż. wł	Tłuszczu %	Pozost. such. %
1	1,0325	0,10	9,7886
2	1,0302	2,44	10,7
3	1,0307	2,45	10,9
4	1,0300	2,52	10,82
5	1,0308	2,37	10,65
6	—	2,4	—
7	1,0312	2,15	10,68
8	1,0326	2,16	11,2350
9	—	2,79	—
10	1,0297	3,22	—

Zawartość tłuszczu oznaczano zapomocą metody Gerbera, a w niektórych watpliwych przypadkach stosowano dla kontroli areometryczną metodę Soxhleta. Pozostałość suchą obliczano i tylko w niektórych ważniejszych przypadkach oznaczano zapomocą metody podanej niżej.

Tylko mleko pod liczbą 9 i 10 posiada skład prawidłowy. W mleku pod liczbą 5 i 7 wykryto obecność kwasu azotowego, który pochodził z dolanej wody. W większości przypadków mleko zostało zafałszowane w ten sposób, iż zebrano część śmietanki i dodano wody, przez co ciężar właściwy pozostał prawidłowym, zawartość zaś tłuszczu, oraz pozostałości suchej, znacznie się zmniejszyła.

Rozbiór jednej z prób dał wyniki nader ciekawe. Dyrekcya pewnego zakładu leczniczego zauważyła, że chorzy, po spożyciu mleka gotowanego w kuchni zakładowej, cierpią na rozstrój trawienia. Pod liczbą 1 zapisany jest skład tego mleka. Posiadało ono smak lekko gorzkawy, barwę żółtawą i odczyn silnie alkaliczny; alkaliczność wynosiła 12,5; popiołu zawierało 0,9468%. W mleku tem została też wykrytą obecność p e p t o n u. Zapomocą siarkanu amonowego wysoliłem z tego mleka ciała proteinowe, z przesącza oddaliłem siarkan amonowy zapomocą ogrzewania z wodnikiem i węglanem barowym i następnego ogrzewania na łaźni wodnej, dopóki nie znikła woń amoniaku. Zapomocą bezwodnika węglowego straciłem małą ilość rozpuszczonego baru i w przesączu otrzymałem piękny różowy odczyn biuretowy, podczas gdy roczyn otrzymany w podobny sposób z mleka prawidłowego nie wykazuje obecności peptonu. Prócz tego, po zobojętnieniu i powtórnem przegotowaniu tego mleka, dostarczonego już w stanie gotowanym, przesączyłem część jego przez filtr Chamberlaina i, podczas gdy podobny przesącz mleka prawidłowego nie daje odczynu biuretowego, otrzymałem w danym przypadku silny i wyraźny różowy odczyn biuretowy i inne charakterystyczne dla peptonu odczyny. Obecność peptonu wskazywała na to, iż badane mleko musiało podlegać rozkładowi pod wpływem drobnoustrojów, rozmnażanie się których było ułatwione przez odczyn alkaliczny spowodowany dodaniem sody.

Prócz pomienionych, przysłano do naszego Zakładu trzy próby mleka w celu zbadania, czy nie zostały one zaprawione sodą. Jedna z nich przedstawiała mleko z pewnością prawidłowe. O dwu zaś pozostałych można było z wielkiem prawdopodobieństwem wnioskować, że nie były zapra-

wione sodą. Były to próby mleka zsiadłego, już sam ten fakt wskazywał, że nie mogły one zawierać większych ilości sody, inaczej bowiem nie skwaśniałyby w ciągu dni paru. Pozostałość sucha serwartki: 6,8063 i 6,1478, zawartość popiołu w serwatce: 0.7738 i 0,6936 i alkaliczność tego popiołu: 3,95 i 4,10, nie pozwoliły przypuszczać, aby to mleko było zaprawione sodą.

Dla stwierdzenia obecności sody w mleku posiadamy bardzo niedoskonałe metody i w większości przypadków zadawalniamy się stwierdzeniem alkalicznego odczynu mleka. Przy badaniach ilościowych bywa czasem oznaczaną alkaliczność popiołu, lecz popiół mleka zwykle posiada odczyn alkaliczny i alkaliczność ta może się wahać w pewnych dość znacznych granicach, co wielce osłabia wartość tego miernika. A trzeba przyjąć i to pod uwagę, że fałszerzowi wystarcza dodanie kilku kropel roztworu sody do garnca mleka, aby je na czas pewien uchronić od skwaśnienia. Wobec tego byłoby wielce pożądanem opracowanie zupełnie pewnej metody dla wykrycia i ilościowego oznaczania małych ilości sody dodanej do mleka, a to najbardziej dla tych przypadków, w których pomimo dodania sody odczyn mleka stał się już kwaśnym.

Masło. Jedna próba masła, przysłanego do rozbioru, wykazała ciężar właściwy tłuszczu — 67,6° przy ciepł. 100°; wskazywała liczbę refraktometru — 42 przy ciepł. 40°, przedstawiała więc masło krowie, lecz była ona zanieczyszczona znaczną ilością sernika, a więc pozostałościami z mleka, co powoduje prędkie jełczenie masła. Druga próba masła posiadała stopień zjełczenia 17,8; wobec tego była zupełnie niezdatna do użytku.

Do oznaczania wilgoci w mleku i maśle używałem, jak o tem wspominałem wyżej, metody, którą tu podaję:

Wycinam ze szwedzkiej bibuły paski długości metra, szerokości 2 do 3 ctm.; zwijam je w rolki w ten sposób, aby pomiędzy oddzielnymi zwojami powstawały luki i aby ścianki zwojów jaknajmniej dotykały do siebie (Fig. 1). Pięć do dziesięciu takich rolek wstawiam obok siebie do szklaneczki wagowej (Fig. 2 obraz widziany z boku i Fig. 3 z góry).



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Kilka lub kilkanaście tak naładowanych szklaneczek, które zostały w ciągu 8 godzin wysuszone przy ciepł. 100—105°, przechowuję w eksykatorze. Dla oznaczenia wilgoci w mleku wypuszczam z pipety 10—20 c. sz. badanej cieczy do szklaneczki, wyjętej z eksykatora, kroplami, ostrożnie, na powierzchnię wszystkich rolek, aby je równomiernie zmoczyć: mleko wsiąka do papieru i nie zbiera się na dnie naczynia. Dla oznaczenia wilgoci w maśle, kładę je przy ważeniu w kształcie małych kawałeczków na rolki (5 do 10 gramów) i pozwalam stopnieć powoli przy letniej ciepłocie, aby ono równomiernie wsiąkło we wszystkie rolki. Takie szklaneczki z mlekiem lub masłem suszę w ciągu 8 godzin przy 100 do 105° i wówczas ważę.

Do mleka można używać szerokie i nizkie szklaneczki, do masła lepsze są wązkie i wysokie. Wady metod używanych dotychczas do oznaczania wilgoci w mleku i maśle dobrze są znane każdemu chemikowi. Gdy się masło roztopi w miseczce, woda zbiera się na dnie i przy podegrzaniu do wyższej ciepłoty pryska, przy 100 zaś stopniach trzeba mięszać prącikiem w ciągu wielu godzin i ostatecznie bardzo trudno je wysuszyć. Stosowanie piasku, azbestu i innych t. p. dodatków nie na wiele się przydaje. Mleko tworzy przy suszeniu na swej powierzchni t. zw. kożuszek, który przeszkadza ulatnianiu się wilgoci; dodawanie zaś kwasu octowego, wyskoku i t. p. nie usuwa w zupełności tej wady, a sprowadza inne.

Przy stosowaniu mojej metody nie używa się dodatków ubocznych, oprócz szwedzkiej bibuły. Wielka powierzchnia, na której substancya zostaje rozdzielona, ułatwia parowanie wody. Przy badaniu mleka unikamy w ten sposób kożuszka, a przy badaniu masła — jego pryskania [1].

Metodę tę można też z powodzeniem stosować do oznaczania wilgoci w wszelkich tłuszczach, w smalcu, glycerynie, olejach, pokostach, pomadach i t. p.

Rolki papierowe mogą być wykonywane fabrycznie i sprzedawane po bardzo nizkich cenach.

V. Wyciągi.

Ernst v. Bergmann: **Chirurgiczne leczenie guzów mózgu.** *(Volkmann's klin. Vortr. N. F. Nr. 200).* W żadnym dziale chirurgii rozpoznanie i postępowanie operacyjne nie zawisło tak bardzo od fizyologii i anatomii, jak właśnie w zakresie guzów mózgu. I jak fizyologia mózgu w żadnym kierunku nie jest jeszcze dziedziną zamkniętą i wykończoną, tak i o chirurgicznem leczeniu guzów mózgu nie możemy dziś wyrzec ostatniego słowa, mimo znakomicie rozwiniętego postępowania bezgnilnego i udoskonalonej techniki otwierania czaszki. Gdyż „te tylko nowotwory kory mózgowej mogą „być rozpoznawane z niejaką pewnością, konieczną dla chi„rurga, gdy się ma zdecydować na otwarcie czaszki, które „wyrastają ze zwojów środkowych (gyri centrales), lub z naj„bliższego ich sąsiedztwa, albo też wzrastając od przodu, „tyłu i dołu, aż do nich dotarły“. A zatem więcej niż $^2/_3$ całej powierzchni półkul mózgowych stanowi przestrzeń niedostępną dla ściśle umiejscowiającej dyagnostyki.

Technika otwierania czaszki dziś znakomicie rozwinięta. Nie potrzebujemy nawet stawiać ściśle topograficznego rozpoznania. Nie operujemy bowiem na dnie wąskiego kanału, wyciętego trepanem, lecz pod ochroną aseptyki, trzymając się idei, wskazanej przez Wagnera, wycinamy duży płat skórno-okostnowo-kostny, który to sposób pozwala nam odsłonić choćby i całą półkulę. W miejsce pierwotnego dłuta i młotka, poczęto używać kleszczy kostnych, a w ostatnich czasach piłeczek drucianych.

Dzięki tym udoskonaleniom szerokie otwarcie czaszki przez niektórych bywa tak lekko branem, jak swego czasu laparotomia próbna. A niesłusznie, gdyż dla operatora *„suprema lex“* powinno być *„salus aegroti“*. Tymczasem z wielu do dziś wykonanych kraniotomii, nie jedna nie tylko nie uzdrowiła chorego, lecz przyprawiła go o utratę życia, lub co gorzej na nowe naraziła cierpienia. Niebezpieczeństwo grozi z wielu stron. Pierwsze i najmniejsze, to zakażenie rany, które, mimo dzisiejszego postępowania bezgnilnego, w tym lub owym przypadku pociąga za sobą ropne zapalenie opon i nieuniknioną śmierć. Sam autor z tej przyczyny stracił jednego chorego z guzem opony twardej, wrastającym w kość. Większe niebezpieczeństwo grozi ze strony wstrząsu (shocku). Wedle zestawienia Auvraya z 47 operowanych w pierwszych 36 godzinach umarło 13, zatem 27·6%. Szereg bezpośrednich niebezpieczeństw zamyka krwotok, nad którym jednak w ten lub ów sposób zapanować potrafimy.

Nie mniej przykremi bywają późniejsze następstwa operacyi. Przedewszystkiem po najidealniejszym przebiegu

[1]) Szkodliwego wpływu, jaki wywiera powietrze w czasie suszenia, metoda ta nie usuwa, do tego celu służą piecyki do suszenia w atmosferze wodoru, do których mogą być wstawiane i szklaneczki z rolkami papierowemi.

powstać muszą we wnętrzu czaszki zrosty między oponą twardą i kością z jednej, a powierzchnią mózgu z drugiej strony. Lub też w razie ubytku w oponie twardej mózg przyrasta bezpośrednio do sklepienia czaszki. Czy zrosty takie są obojętne? Brak nam cyfr, brak niemal zupełny dokładnych danych, lecz wszakżeż takie właśnie zrosty obwiniamy o przyczynę padaczki. Natomiast już nieraz opisywano wypadnięcie mózgu jako bezpośrednie następstwo zabiegu (nie owo wypadnięcie, które powstaje dopiero później w następstwie zakażenia ropnego, lub tworzącego się ropnia). Powstaje ono tuż po przecięciu opony twardej. Wedle doświadczenia autora nie zapobiega mu nawet przecinanie opony twardej w środku utworzonego pola operacyjnego. Nie ma sposobu na to, by taką część wypadniętą napowrót odprowadzić. Uciskając na nią całym płatem Wagnerowskim można ją uszkodzić w wysokim stopniu. Następstwem: aleksya, parafazya, niedowłady itp. W jednym przypadku autora substancya mózgowa, rozmiękła i przekrwiona, istotnie wypływała przez ranę skórną na zewnątrz aż do śmierci operowanego. — Czasem przyczyną wypadnięcia bywa obrzęk mózgu, powstający po otwarciu czaszki z przyczyn mechanicznych t. j. zmniejszonego ucisku śródczaszkowego, odpłynięcia cieczy mózgowo-rdzeniowej, mechanicznego obmacywania powierzchni etc. Obrzęk w jednych przypadkach wywołuje objawy przemijające po paru dniach, w innych może stać się bezpośrednią przyczyną śmierci.

Zatem dość przyczyn, aby „kraniotomia, jako czasowe „otwarcie czaszki, dla sumiennego i rzeczy świadomego chi„rurga nie była ani pomocniczym tylko środkiem rozpozna„wczym, ani też w przypadkach rozpaczliwych ostatnią „stawką“, i to tem bardziej, że nawet w przypadkach przebiegających bez zarzutu, nie zawsze uda się nam po wyłuszczeniu guza z mózgowia usunąć wszystkie objawy. Niektóre z nich, zależne od zwyrodnienia włókien nerwowych, pozostaną na zawsze. Dlatego też rokowanie, tem lepsze, im wcześniej operujemy, czyli im wcześniej guz taki rozpoznamy. Jak już poprzednio nadmieniliśmy chodzi tu przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, o guzy usadowione w zwojach środkowych. Usadowienie ich sprawia, że objawy miejscowe więcej wpadają w oczy, niż mózgowe ogólne. Pierwsze razem wzięte stanowią ową powszechnie znaną padaczkę Jacksonowską. Wyliczając je pokrótce i chronologicznie na pierwszem miejscu wspomnieć należy o pewnych ogólnych zaburzeniach w czuciu mięśniowem w tych mięśniach, w których następnie pojawiają się kurcze drgawkowe; z kurczów tych na szczególniejszą uwagę zasługuje t. zw. *monospasmus.* Kurcze takie mogą szerzyć się, lecz w pewnym porządku n. p. z mięśni twarzowych przechodzą na mięśnie kończyny górnej, a nigdy dolnej; z mięśni ramienia kurcze przechodzić mogą albo na twarz albo na nogę, zależnie od kierunku rozrostu guza. Po kurczach przychodzi kolej na porażenia trwałe, nieprzemijające; trwałe porażenia pojedynczych mięśni mają dla rozpoznania o wiele większe znaczenie, niż kurcze. Obok tych zmian miejscowych upewniają w rozpoznaniu ogólne objawy mózgowe, jak zawroty, ból głowy itd. i zmiany na dnie oka. Te ostatnie wcześniej występują w przypadkach nowotworów rozsuwających tkankę nerwową, niż w przypadkach nowotworów niszczących ją i zastępujących jej miejsce.

Podobny zbiór objawów, jak w przypadkach guzów w zwojach środkowych i najbliższem ich sąsiedztwie, spotykamy i w innych chorobach. Na pierwszem miejscu stawia autor histeryę. Lecz zdarzający się w niej *monospasmus* nie pojawia się stale w jednym mięśniu, porażenia ruchu i czucia występują naprzemian z kurczami i bez żadnego typu, zwłaszcza zaś znamienne ograniczone znieczulenia zwrócić powinny uwagę w kierunku histeryi. Nadmienić jednak należy, że zdarzają się przypadki, w których ostatecznie rozpoznanie zawisło od obecności lub braku tarczy zastoinowej. Mocznica (*uraemia*) również mogłaby dać powód do pomyłek. Zwykle na dobrą drogę naprowadza badanie moczu. Porażenie ołowiowe cechuje się między innemi wyłącznem porażeniem mięśni wyprostnych kciuka. Bardzo podobne objawy, często niedostępne dla rozpoznania różniczkowego, dają zapalenia, ropnie, kilaki i guzki gruźlicze mózgu i samoistna padaczka Jacksona. W razie niepewnego rozpoznania radzi autor postępować tak, jakgdybyśmy mieli przed sobą nowotwór, więc otworzyć czaszkę. W wyjątkowych przypadkach nowotwór mózgu może naśladować rozpoczynającą się *poliencephalitis acuta* dzieci i niedołęztwo porażenne dorosłych.

Trudniejszem znacznie jest rozpoznanie nowotworu rozwijającego się gdzieindziej, nie w zwojach środkowych, a do największych trudności należy dokładne określenie jego siedziby. Zwykle mamy do czynienia z ogólnymi objawami mózgowymi; rzadko z miejscowymi. Określając siedzibę kierować się wypadnie głównie zachowaniem się tarczy zastoinowej. Może ona występować bądź z początkiem cierpienia, bądź dopiero po dłuższem trwaniu ogólnych objawów. Tarcza zastoinowa może istnieć tylko w jednem oku, albo w obu i to w jednakowym stopniu po obu stronach, lub też wybitniej po jednej. Dokładne szczegóły podaje v. Bramann. Ważną też bardzo okolicznością jest obecność lub brak wybroczyn na dnie oka. N. p. guzy móżdżku sprowadzają wprawdzie tarczę zastoinową po obu stronach, nigdy jednak nie spostrzegano wtedy wybroczyn.

Kiedy się nam powiedzie rozpoznać nie tylko sam guz, ale i jego usadowienie, (a dzieje się to, jak dotychczas, tylko w przypadkach nowotworów półkul w zwojach środkowych) ważnem jest dowiedzieć się nieco o jego rozmiarach i przyrodzie. Wskazówek pewniejszych mamy dwie: obecność tarczy zastoinowej świadczy o większych rozmiarach guza a rozległość porażeń, (nigdy kurczów), pozostaje w prostym stosunku do wielkości nowotworu.

Badanie całego ustroju obok objawów miejscowych pozwala nawet z pewnem prawdopodobieństwem wnosić o przyrodzie guza. Wchodzą tu w rachubę ogólne objawy kiły, gruźlicy, obecność bąblowca lub raka w innym narządzie; z miejscowych zaś przemijające i gwałtowne nasilenie objawów ucisku mózgu spostrzegano w przypadkach mięsaków i wsporniaków, obficie unaczynionych. W ostatnim przypadku gdy wsporniak lub mięsak przerósł przez oponę twardą i przylega tuż do kości, występuje wybitny ból przy opukiwaniu czaszki. Objaw ten stwierdzono również przy zwyrodnieniu torbielowatem nowotworów.

Pomijając trudne rozpoznanie, sama technika wyłuszczania guzów mózgowia z innych okolic natrafia na znaczne, często nie dające się przezwyciężyć, przeszkody. Np. rozpoznanie guzów móżdżku względnie często udaje się, z powodu jednak przebiegu zatoki poprzecznej trudno do guzów się dostać. Zresztą dotychczasowa statystyka nie jest bynajmniej zachęcająca. Auvray zestawia 23 dotyczących operacyj usiłowanych, z tych jednak tylko w 4-ch udało się dojść do guza. Z tych 2-ch chorych zmarło po operacyi, dwaj zaś inni pozostali i po operacyi głuchymi, ślepymi i porażonymi.

Obok tego istnieją pojedyncze spostrzeżenia, w których rozpoznawano i na drodze operacyjnej usunąć usiłowano guzy z podstawy czaszki. Te które wyrastają w okolicy kości skalistej dostępnymi byłyby może dla chirurga drogą jaką Krause wycina zwój Gassera. *Herman.*

Bodin: **Prątek durowy w jabłeczniku (cidre).** *(Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, Nr. 7). Rozstrzygnięcie pytań, czy prątek durowy, zawarty w wodzie, użytej do wyrobu jabłecznika, nie ginie w czasie kiśnienia, i czy zachowuje on swą żywotność, dostawszy się np. z wodą zakażoną, do gotowego już napoju — nie posiada wprawdzie u nas tej doniosłości, co w ojczyźnie autora; jednakże nie jest ono bez znaczenia, choćby na przyszłość, wobec nawoływań do wyrobu krajowych win owocowych. B. stwierdził, że prątek durowy ginie w gotowym jabłeczniku w 2 do 18 godzin, jeśli kwasota tego napoju nie jest niższa od 2‰ (kwasu

jabłkowego); jeśli kwasota wynosi 0·8 do 1‰, może prątek durowy zachować swą żywotność 3 do 4 dni; jeśli zaś kwasota = 0, aż do 20 dni. Wszelkie rodzaje jabłecznika posiadają zazwyczaj od ukończenia kiśnienia, aż do chwili spożycia, kwasotę wyższą od 2‰, wobec czego prątek durowy nie może się w nich utrzymać dłużej, niż 18 godzin; niemniej po zmięszaniu z wodą zakażoną prątkiem durowym należy przez dobę uważać jabłecznik za niebezpieczny dla zdrowia. *C.*

Gengou: **O przyrodzonej odporności ustrojów jednokomórkowych przeciw jadom drobnoustrojów.** *(Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, Nr. 7). Posługując się jadem tężcowym i błoniczym, stwierdził G., że wymoczki i drożdże są na ich działanie zupełnie odporne i że nie ulegają działaniu chemotaktycznemu ani w znaczeniu dodatniem, ani ujemnem. Dla patologii zwierząt wyższych wynik ten posiada o tyle znaczenie, iż przemawia on na korzyść zapatrywań, przypisujących przyrodzoną odporność niewrażliwości żyjących komórek na jady. W takich bowiem ustrojach jednokomórkowych, które posiadają tę przyrodzoną odporność na pewne jady, nie ma mowy ani o własnościach ochronnych krwi ani o szybkiem wydaleniu pochłoniętych jadów, ponieważ ustroje te znajdują się wśród samych jadów i w ciągłej z niemi styczności; w grę wchodzi tu tylko „immunitas histogenes“, jak ją nazwał Behring. Prawdopodobnie więc i komórki zwierząt wyższych, posiadających odporność wrodzoną względem pewnych jadów, mają te same własności, co ustroje jednokomórkowe. *C.*

Nowak Julian: **Badania doświadczalne nad zmianami histologicznemi, wywołanemi przez jady wężów i skorpionów.** *(Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, Nr. 6). Jady wężów i skorpionów, wstrzykiwane rozmaitym zwierzętom pod skórę, wywołują bardzo szybko rozległe zmiany przedewszystkiem w wątrobie, która ulega znacznemu stłuszczeniu; obok tego rozwija się martwica komórek wątrobowych, zajmując je przy większych dawkach jadu prawie wszystkie, dalej występuje dezintegracya zrazików wątrobowych, wreszcie spotyka się także zmiany w kanalikach żółciowych, których ściany naciekłe są limfocytami, przenikającymi niekiedy do światła kanalików. Bardzo znacznym zmianom ulegają także nerki; tutaj ulegają stłuszczeniu przedewszystkiem cewki kręte; stłuszczenie to rozwija się jednakże powolniej, niż stłuszczenie wątroby. Jeżeli zwierzę przeżyło dłuższy czas po wstrzyknięciu jadu, spotyka się także obumieranie przybłonków cewek krętych, a w końcu rozwija się zapalenie miąższowe lub krwotoczne. W śledzionie i w mięśniu sercowym zazwyczaj zmian niema; przy bardzo znacznych stłuszczeniach innych narządów spotyka się jednakże i tu niewielkie stłuszczenia komórek miąższowych. Na uwagę zasługują zmiany w płucach, w których nader często rozwija się ogniskowe zapalenie.

Najsilniej dotkniętą jest zawsze wątroba. Narząd ten ma zadanie nietylko wydzielnicze, ale także, jak się zdaje, zobojętnia on po części rozmaite jady, dostające się do ustroju. Prawdopodobnie więc szkodliwy wpływ pewnych jadów na komórkę wątrobową polega właśnie na jej fizyologicznych własnościach; nie mogąc ani zniszczyć, ani zobojętnić pochłoniętego jadu, ulega komórka wątrobowa głębokim zmianom pod jego wpływem. Ponieważ zmiany innych narządów nie zawsze się pojawiają, przeto tylko zmiany wątroby można uważać za swoiste niejako dla zatrucia jadami wężów i skorpionów.

Działanie tych jadów na komórki ustroju przedstawia wogóle dużo podobieństwa do działania jadów febry żółtej. *Doc. Ciechanowski.*

Dr. Magnus Blauberg: **Doświadczalne i krytyczne badania kału osesków przy naturalnem i sztucznem odżywianiu.** (Berlin, nakład Hirschwalda, 1897). Autor, uwzględniając w swej pracy chemiczny skład mleka kobiecego i fizyologię trawienia osesków, podaje sposób chemicznego badania kału osesków co do składników organicznych i nieorganicznych, wypróbowany w 5 rozbiorach kału osesków, karmionych mlekiem kobiecem i w 3 rozbiorach kału, karmionych mlekiem krowiem. Te 8 rozbiorów są liczbami przeciętnemi z przeszło 50 rozmaitych kałów, gdyż do każdej z tych 8 prób użyto mięszaninę kału 6—8 osesków, znajdujących się w równym wieku, jednakowo żywionych i jednakowo rozwiniętych. Badania te doprowadziły autora do następujących wniosków: od 3—4 dnia traci kał osesków cechy smółki, przybiera barwę żółtawą i staje się mazisty; zawartość wody waha się między 75 a 85%. Zapach nieco kwaśny, wywołany jest przez wolne kwasy tłuszczowe i przez tworzący się kwas masłowy; wyjątkowo w kale istnieją inne wytwory rozkładu, jak indol. Czy żółć działa przeciwgnilnie, nie wiadomo. Kwas cholalowy i cholestearyna, a również i lecytyna (choć w znacznie mniejszej ilości), istnieją zawsze w stolcach. Kwasy żółciowe znachodzą się w małych ilościach; kwasu glykocholowego według Jakubowitscha brakuje. Baginsky zaś go znajdował. Stolce osesków w pierwszym tygodniu życia zawierają w dość znacznej ilości składniki azotowe, obliczone na 4% azotu w substancyi suchej, z czego prawie połowa przypada na połączenia, rozpuszczalne w wodzie, a reszta na nierozpuszczalne. Istoty białkowate znajdują się w stolcach prawidłowych w małej ilości; w zaburzeniach trawienia pojawiają się w wielkiej ilości. Pepton można zawsze wykazać próbą biuretową, szczególnie w świeżym kale. Nukleiny w stolcach osesków, karmionych piersią, niema, występuje przy karmieniu mlekiem krowiem. Ilość tłuszczu w pierwszym tygodniu jest znaczna; od 7—8-go dnia życia znacznie się zmniejsza. Tłuszcz składa się z obojętnego tłuszczu, mydła, wolnych kwasów tłuszczowych i posiada skład tłuszczu mleka kobiecego. Złe wyzyskanie tego tłuszczu tłómaczy się skąpą ilością kwasów żółciowych w żółci oseska i K_2CO_3 w soku trzustkowym. Bardzo prawdopodobnie fizyologiczny stan noworodków, nawet karmionych piersią, zbliża się do biegunki tłuszczowej *(Fettdiarrhoë)*, nim ustrój przystosuje się do tego pożywienia. Cukier mleczny, prawidłowo — w małych ilościach, w zaburzeniach trawienia pojawia się obficiej. Ilość ciał mineralnych w substancyi suchej wynosi przeciętnie 13.5%, z czego prawie połowa jest rozpuszczalna w rozcieńczonym kwasie solnym. Sole wapniowe wynoszą około 31.15% rozpuszczonego popiołu, kwas fosforowy wynosi 10—13.5%. W stolcach osesków są znaczne ilości wapna w połączeniu z organicznymi kwasami. Kwasu mlecznego, kwasów tłuszczowych i żelaza jest o wiele więcej w stolcach osesków, karmionych piersią, niż u karmionych mlekiem krowiem. Mówiąc o różnicy składu kału osesków przy naturalnem i sztucznem odżywianiu, należy uwzględnić: 1) różnice, wywołane przez rozmaity skład mleka krowiego i kobiecego. 2) Pewne właściwości, jakie sztuczne odżywienie, jako takie, za sobą pociąga. Różnice pierwszego rodzaju są następujące: przy karmieniu mlekiem krowiem znajduje się w stolcach ilość tłuszczu znacznie zwiększoną, więcej soli wapniowych i kwasu fosforowego, natomiast mniej żelaza. Ta różnica stolców nie jest tak wyraźna w pierwszym tygodniu, jak w późniejszych okresach, gdyż ustrój dziecięcy stara się do pokarmu przystósować. Co się tyczy wytworów gnicia substancyj białkowatych, jak indol, skatol, fenol, zazwyczaj niema ich w kale. Z gazów znajdują się w kale osesków w prawidłowych warunkach te, które się tworzą przy fermentacyi mlecznej i cukrowej, jakoteż gazy z połkniętego powietrza. Wogóle w przewodzie pokarmowym osesków łatwiej gromadzą się gazy z powodu stosunkowo słabej perystaltyki. Z fermentów znajduje się w przewodzie pokarmowym ferment diastatyczny i inwertujący cukier trzcinowy.

Drobnoustroje znajdują się w przewodzie pokarmowym osesków nader obficie, lecz zazwyczaj należą do dwóch tylko gatunków t. j. *bacterium lactis aërogenes* i prątek okrężniczy *(bact. coli.)*. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Schlöss: **Przypadek wielokrotnych podpalań pod wpływem wyskoku.** *(Wien. kl. W.*, 1898, 38). Zboczenia umysłowe, objęte w wielkiej gromadzie wrodzonej głupowatości,

nie dadzą się właściwie podzielić na odrębne postacie kliniczne. Rozróżnia się wprawdzie głupowatość umysłową od tak zw. „obłąkania moralnego“ *(moral insanity)* i od okresowej drażliwości *(emotiver Schwachsinn)*; jednakże w praktyce rozróżnienie to jest nieraz trudne lub niepodobne, gdyż postacie te nader często ze sobą w rozmaity sposób się łączą. Jako odrębną postać można najłatwiej jeszcze wyróżnić obłąkanie popędowe *(Impulsives Irresein)*, w którego przebiegu pojawiają się popędy do pewnych czynów, nieuzasadnione świadomą przyczyną, a stanowiące często przedmiot dochodzeń sądowo-lekarskich. Dawniej przypuszczano pod tym względem istnienie osobnych chorób samej tylko woli i odróżniano rozmaite „manie“ (klepto-pyro-mania i t. p.); obecnie wiadomo, że czyny popędowe, mające stanowić znamię dawnych monomanij, zdarzają się w rozmaitych chorobach umysłowych, jak np. w pomięszaniu ogólnem *(paranoia)*, w zadumie, w obłędzie ostrym z omamami, a przedewszystkiem w głupowatości. Przypadek autora jest z tego względu zajmujący, że dotyczy osobnika niecierpiącego na żadną z tych chorób, osobnika, który wprawdzie nie jest umysłowo wykształcony i był niedbale wychowywany, ale który nie jest wcale głupkowaty, a w stanie trzeźwym wogóle nie może być uważany za obłąkanego. Człowiek ten dopuszczał się zbrodni podpalenia tylko pod działaniem wyskoku; o jedynym znanym dotąd podobnym przypadku wspomina Kraepelin. Człowiek ten, wznieciwszy 14 czy 15 pożarów, został uznany za niepoczytnego i zamknięty w 26 roku życia w zakładzie obłąkanych, gdzie pozostawał lat szesnaście. Uznany w końcu za wyleczonego i wypuszczony na wolność, wznieca wkrótce, upiwszy się, nowy pożar. Natychmiast uwięzionego badają znawcy sądowo-lekarscy i stwierdzają, że zeznaje on powoli, na pytania odpowiada niewłaściwie, nie pamięta miejsca urodzenia, liczby dokonanych podpaleń i t. d.; na tej podstawie uznają go za niepoczytnego wskutek głupowatości, i ponownie zostaje oddany do zakładu obłąkanych. Tutaj od początku okazuje pełnię władz umysłowych; odpowiada na pytania dokładnie i szybko, nie zdradza braków pamięci i t. d., jest pilny i posłuszny; wogóle niema żadnej podstawy, aby rozpoznawać chorobliwą głupowatość. Sprzeczność między stanem badanego w chwili orzeczenia znawców a jego zachowaniem się w zakładzie wyjaśnia autor w ten sposób, że wobec znawców okazywał badany istotnie opisane zboczenia umysłowe, ponieważ był jeszcze pod wpływem zatrucia wyskokiem; natomiast do zakładu dostał się dopiero w parę dni później, zupełnie już „wytrzeźwiony“. W danym przypadku popędy zbrodnicze występowały więc wyłącznie pod wpływem wyskoku. Pod tym względem lepiej poznano dotychczas działanie wyskoku przy wywoływaniu przewrotnego popędu płciowego, tłomacząc je w ten sposób, że upicie się znosi wpływy hamujące moralne i może doprowadzać do zboczeń nawet wtedy, jeśli na trzeźwo popęd płciowy jest prawidłowy i nie skłania się ku przewrotności. Podobnie zapewne należy tłómaczyć rolę wyskoku i w przypadku autora; wyobrażenia hamujące znikają, a nieznacząca przyczyna wywołuje raźno i bez przeszkody czyn, zwłaszcza odpowiadający pokrewnemu jej wyobrażeniu. (Zakaz udziału w zabawie straży ogniowej wywołał chęć zemsty i przerwania zabawy wybuchem pożaru). *X.*

Stein: **Syringomyelia z całkowitem znieczuleniem po urazie obwodowym.** *(Deuts. Arch. f. klin. Med.* LX, 1). U zdrowego poprzednio mężczyzny pojawiają się, wkrótce po złamaniu kości łokciowej lewej, parastezye, bóle, a w końcu porażenia w lewej połowie ciała; później występują zaburzenia odżywcze na ręce lewej, znieczulenie całkowite po stronie lewej, zmiany w mowie, utrata smaku i węchu oraz zanik języka po lewej stronie. Złamanie kości łokciowej wygoiło się przez staw rzekomy i olbrzymią kostninę, która zmusiła do odjęcia ramienia, poczem znaczna część objawów choroby ustąpiła. Przypadek ten tłómaczy S. w ten sposób, że w następstwie urazu rozwinęła się sprawa gliomatyczna z wytworzeniem jamy w rogach przednich i tylnych, która posuwając się ku górze i dołowi, z jednej strony zajmować poczęła jądra nerwów mózgowych, z drugiej wywołała zmiany ruchowe w nogach. Szczegółem niezwykłym jest całkowite znieczulenie połowicze i zajęcie jąder nn. węchowego i ruchowego jądra n. trójdzielnego. Przypadek S. ma być dowodem, popierającym przypuszczenie Eulenburga, że syringomyelia występuje po urazach obwodowych za pośrednictwem wstępującego zapalenia nerwów, ponieważ nerw łokciowy w kikucie amputacyjnym okazywał bardzo znaczne zmiany zapalne, a rozwój choroby po odjęciu ramienia zatrzymał się. Ze względu na całkowite (bez rozszczepienia rodzajów czucia) znieczulenie lewej połowy ciała, obok utraty połowiczej smaku i węchu, trudno obronić się przypuszczeniu, że w przypadku S., obok innych zmian, istniała także histerya; jednak S. stanowczo temu zaprzecza. *X.*

Probst: **O wpływie rdzeniowych porażeń dziecięcych na wyższe ośrodki nerwowe.** *(Wiener klin. Woch.* Nr. 30). O ile dobrze znanym jest wpływ wyższego (mózgowo-rdzeniowego) neuronu na neuron niższy (obwodowy), o tyle zmiany wyższego neuronu, wskutek schorzenia neuronów obwodowych, przedstawiają wiele jeszcze zagadnień spornych. Sprawę tę badano wielokrotnie doświadczalnie na zwierzętach przez przecinanie i wyrywanie nerwów obwodowych itp., a także u ludzi w kilka lub kilkanaście lat po odcięciu kończyn, wreszcie w przypadkach porażeń rdzeniowych dziecięcych. Najlepszych wyników można się spodziewać właśnie w przypadkach ostatniego rodzaju, ponieważ jest nader prawdopodobne, że zmiany neuronu obwodowego silniej się odbiją na neuronie mózgowordzeniowym w okresie rozwoju, niż wtedy gdy już cały układ nerwowy jest zupełnie wykształcony. Dotychczas jednak nie wiele nasunęło się w ręce badaczy stósownych przypadków porażeń dziecięcych rdzeniowych; ogłoszono ich wszystkiego 3 (Sanders, Rumpf, Collella) a i z tych przypadków jeden powikłany był idyotyzmem, drugi padaczką, a tylko przypadek Rumpfa nie był zaciemniony powikłaniami. Czwarty przypadek, który właśnie ogłasza P., dotyczył 68-letniego żebraka, który w czwartym roku życia dotknięty został porażeniem rdzeniowem dziecięcem, po którem ostatecznie pozostał zanik kończyny górnej lewej i dolnej prawej.

Badając układ nerwowy tego osobnika, znalazł P., jak się można było spodziewać, obraz przebytej *„poliomyelitis“* opisywany już niejednokrotnie. Oprócz tego znalazł się, podobnie jak w owych 3 dotąd znanych przypadkach, zanik pewnych części kory mózgowej, mianowicie w danym razie zanik obustronny zwojów środkowych („Centralwindungen“) [po stronie prawej głównie w najwyższym odcinku] i zanik nie zbyt znaczny lewych *„gyrus marginalis“* i *„g. angularis“*. Kora mózgowa była w tych zwojach o połowę ścieńczała, komórki nerwowe małe, ale dobrze wykształcone; żadnych donioślejszych zmian drobnowidowych P. w korze mózgowej nie stwierdził. W torebce wewnętrznej stwierdził P. zgodnie z Rumpfem i Collellą zeszczuplenie w miejscu przebiegu dróg piramidalnych, same ich włókna niezwykle cienkie, nigdzie jednak nie dostrzegł ani śladu zwyrodnienia. Tak samo w dalszym przebiegu dróg piramidalnych istniał tylko prosty ich zanik. Godną uwagi była małość móżdżku i pomniejszenie ogólne mostu Varola i wzgórków czworaczych, istniejące w przypadku P. W samym rdzeniu pacierzowym spotkał P. zanik obu bocznych dróg piramidalnych, wybitny zwłaszcza w części lędźwiowej.

Sumując wyniki wszystkich czterech znanych przypadków, stwierdza Probst, że w następstwie „poliomyelitis“, a więc w następstwie odpadnięcia wpływów neuronu obwodowego, oddziałuje neuron drugi (mózgowordzeniowy) prostym zanikiem. Utrata lub zanik kończyny wpływa niewątpliwie silniej na mózg rozwijający się, niż na zupełnie wykształcony, niemniej jednak w tym drugim razie wpływ ten istnieje zawsze. Dla nauki o lokalizacyi nie można dotąd wysnuć dalej idących wniosków; to pewna tylko, że po przebyciu rdzeniowego dziecięcego porażenia spotyka się zanik pewnych odcinków kory mózgowej, głównie zapewne ruchowych, gdyż można aż do nich śledzić przebieg zani-

kłych dróg piramidalnych. Za skutek porażenia uważać też należy zatrzymanie rozwoju móżdżku; wiadomo bowiem na pewno, że stoi on w ścisłym związku z jakąś częścią dróg ruchowych, chociaż nie zdołano jeszcze dokładnie połączenia tego określić. *X.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Euphthalminum hydrochloricum $C_{17}H_{25}NO_3.HCl$ jest to bezbarwny krystaliczny proszek, rozpuszczający się łatwo w zimnej wodzie.

B. Treutler i Vossius wykazali, że środek ten rozszerza źrenicę w 5—10% wodnym roztworze równie dobrze, jak 1% roztwór homatropiny. Po zapuszczeniu 2—3 kropli 2% wodnego roztworu następuje po 20—30 minutach rozszerzenie źrenicy miernego stopnia, znikające zupełnie po 2—3 godzinach. U osób starszych działanie jest mniej wybitne i mniej szybkie. Zakrapłanie tego środka nie sprowadza bólu i mniej działa na akomodacyę, jak homatropina. Środek więc dobry, gdzie chodzi o rozszerzenie oka w celu badania wziernikiem.

Eka-Jodoform. Celem sterylizowaniania jodoformu, dodaje don Schering 0.05% paraformu, który w zetknięciu z jodoformem przechodzi w lotny formaldehyd, sterylizujący go dokładnie, lecz właściwej woni mu nie odbierający. Thomalla poleca go przy opatrywaniu ran ropiejących.

Ergotinolum, lub liquor ammonii ergotinici. Środek świeżo przez Vosswinkla wprowadzony, działający szybko, u którego 1 ctm.^{3} odpowiada ilości 0.50 ctm.^{3} *Extr. sec. corn.* według Farm. niem. Wstrzykuje się go pod skórę w ilości 1 ctm.^{3} *pro dosi;* więcej jak dwa razy na dzień dawki tej powtarzać się nie powinno. Ból od wstrzyknięcia zmniejszyć można dodaniem małej ilości morfiny, lub kokainy. Polecają go przy krwotokach poporodowych i krwawieniach po poronieniu, także przy zbyt silnem miesiączkowaniu i krwotokach macicznych, powstających nagle i bez widocznej przyczyny.

Extracta narcotica. Ponieważ niema dotąd metody, według której możnaby oznaczyć dokładnie zawartość alkaloidu we wszystkich narkotycznych wyciągach, mierzy ją w każdym wypadku Merck oddzielnie i podaje na paczkach odpowiednich zawartość odsetkową, co lekarzowi niezmiernie dawkowanie ułatwia.

Extractum Betulae alb. aquos. spiss. Jest to wyciąg sporządzony z wysuszonych liści brzozy. Według Winternitza napar z tych liści sporządzony nie drażni nerek, a działa moczopędnie. Podaje się 2—3 razy dziennie wywar z 25.00—35.00 grm. liści na 150.0—200 grm. wody, co już w 24 godzin sprowadza diurezę (nawet do 2000 grm. i więcej moczu), trwającą niekiedy i po odstawieniu tego środka przez czas dłuższy.

Zamiast liści można używać wodnego suszonego z nich wyciągu (Extr. aquos. spiss.), w ilości 1 grm. na 200 grm. ciepłej wody, do wypicia w ciągu dnia.

Extractum Chelidonii aquosum spiss. Jest to wodny wyciąg, bez chlorofilu, otrzymywany ze świeżych liści jaskółczego ziela (Chelidonium majus).

Od czasu wystąpienia Denysenki („Wracz", Nr. 30 i 34 1896 r.) z nadzwyczaj pomyślnymi wynikami leczenia raka tym wyciągiem, znalazło się kilku badaczów, zalecających mniej lub więcej gorąco ten środek. Podawano go zewnętrznie (1.50—3.00 grm. dziennie w wodzie), wstrzykiwano podskórnie (0.50 grm. mięszaniny Extr. Chelid. i aq. dest.), co razem miało po 2—3 tygodniach powodować oddzielenie nowotworu od zdrowej tkanki i stopniowy zanik.

Liczniejszy jednak o wiele szereg autorów, którzy w tym kierunku doświadczenia przedsiębrali, zapatruje się na nowy ten środek krytycznie, lub pesymistycznie.

Extractum Chelidonii liquidum. Ciecz żółta, stosowana przez E. Josepha w trądzie.

Extractum Periplocae graecae fluidum. Jestto wyciąg z kory „Periploca graeca" (Asklepiadea), rosnącej nad morzem Czarnem. Według Lehmana i P. Burschinskyego zawiera ta roślina glykozyd periplocin, działający na ośrodek serca, gdyż ma wpływ na jego czynność i ciśnienie krwi. Bliższych wiadomości o stosowaniu tego środka jeszcze brak, lecz 5—10 kropli wyciągu na dawkę, w pewnych przynajmniej przypadkach niedomogi serca, podawaćby można z dobrym skutkiem.

Extractum Senecionis vulgaris fluid. Wyciąg z liści i korzeni „Senecio vulgaris". Próbowany przy bolesnem miesiączkowaniu, także przy braku miesiączki. Podawany w większych dawkach i przez krótki czas, podobnie jak ergotinum, działa tamująco w krwotokach, stosowany zaś przez czas dłuższy i w mniejszych dawkach sprowadza regularność.

Przeciw bolesnemu miesiączkowaniu podaje się 3 razy dziennie po 60 kropli wyciągu; przy braku miesiączki po 10—20 kropli kilka razy dziennie.

Rp.: *Extr. Senecionis vulgaris fluid. 50.0*
Mentholi 0.5
MDs.: *10—20 (albo 60) kropli 3 razy dziennie zażyć.*

Ferrosolum. Jest to ciecz czysta, brunatno-czarna. Z dodatkiem kilku kropli jakiegoś obojętnego środka, celem poprawienia smaku, podaje go Böhm 3 razy dziennie po łyżeczce w bezkrwistości, błednicy, neurastenii, ogólnem wycieńczeniu i wogóle ozdrowieńcom.

Przetwory Formaldehydu.

Holrinum i Steriform. Pierwszy jest cieczą, składającą się z 35% formaldehydu, 5% mentolu i 60% alkoholu metylowego, a służy (w postaci pary) do desinfekcyi sal szpitalnych i narzędzi lekarskich. Steriform jest proszkiem bez smaku i prawie bezwonnym, a powstaje przez dodanie 5% formaldehydu do cukru mlekowego. P. Rosenberg podaje go z dobrym skutkiem wewnętrznie w chorobach zakaźnych (gruźlica, róża, błonica); Burghardt i Karewski oświadczają się wyraźnie wprost przeciw tym przetworom.

Furfurolum puris. pro analysi $C_4H_3O.COH$. Jest to ciecz wodojasna, mieszająca się z wodą (1:11), także z alkoholem i eterem, o c. g. 1.16, wrąca przy 160°C. a powstaje przez destylacyą otrąb zapomocą rozcieńczonego kwasu siarkowego.

Służy do wykrycia dodatku oleju sesamowego do masła i sera margarynowego. Produkta margaryny, zmięszane z tym olejem, barwią się za dodaniem kwasu solnego i 2% wyskokowego roztworu furfurolu na wiśniowo-czerwono, podczas gdy czyste masło i białko barwy swej nie zmienia.

Ponieważ furfurol pod wpływem powietrza i światła barwi się na żółto, sprzedają go w zatopionych rurkach.

Sole kwasów żółciowych. Według doświadczeń Stadelmanna, Pfaffa i A. W. Balcha podawanie soli; *natrium glycocholicum* i *natr. taurocholicum* w dawkach, odpowiadających ilości żółci wydzielanej w ciągu 24 godzin, ma wpływ dodatni na to wydzielanie pod względem jakościowym i ilościowym.

Prócz tego Phisalix stosuje *natr. glycocholicum* jako odtrutkę przeciw jadowi żmii.

Gallicinum. Środek polecany przez Mellingera, Bocciego, Suckera i Merza, jako zasypka (1—2 razy dziennie), w pryszczykowem zapaleniu spojówki i powierzchownem zapaleniu rogówki.

Nowszy Jodogallicinum (38% bismutu i 23.6% jodu) proszek bezpostaciowy, ciemno-szary, według Waltera, Schmidta, własnościami zbliżony do airolu.

Glycerynowo-fosforowe sole. Billard i Robin wstrzykują z dobrym skutkiem w zapaleniu nerwu kulszowego (ischias), w miejsca największej bolesności, tuż przy przebiegu nerwu, głęboko w warstwę mięsną przez dni kilka po 1—2—4 ctm.^{3} 25% roztworu wyjałowionego tych soli. (calcium, magnesium, kalium, natrium glycerinophosphoricum).

Baudet stosuje w bezkrwistości i błednicy wino według przepisu:

Rp.: *Ferri glycerinophosphorici 10.00*
Misce terendo cum Glycer. puriss. 40—50.0
adde:
Vini hispanici albi 1000 0
Digere per horas IV interdum agitando, deinde filtra.

Glutolum (Schleich). Sprzeczne wyniki doświadczeń Thomalli i M. Warmana nie wielkie przyznają glutolowi znaczenie. Zawartość formaldehydu w nim jest mała i zmniejsza się jeszcze przy przechowywaniu.

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Fournier. Zapoznane postacie kiły (wedle »Med. chir. Centr.«, 1898, 35). Autor twierdzi, że kiła stosunkowo często (4—5%) bywa zapoznaną, a jako przyczyny tego podaje następujące: 1) Zakażenia w częściach ciała, położonych poza narządem płciowym; 2) objawy kiły mogą przechodzić prawie niepostrzeżenie, szczególnie u osób mniej o swe zdrowie dbających; 3) często ze względów społecznych lub etycznych, szczególnie u kobiet, ukrywa się rzeczywiste

miano choroby tak, że w tych przypadkach chory nie wie o przebyciu kiły. Zapoznanie zaś jej ma doniosłe znaczenie, bo znane są późniejsze następstwa tej choroby, które mogą się skończyć nader niepomyślnie, gdy nie znaną jest przyczyna choroby. *F. K.*

Haberkorn zasypuje miejsca oparzone czystą sodą i otrzymuje bardzo dobre wyniki, tak co do bólu, który rychło ustępował, jak co do szybkości gojenia się ran, które postępowało prędzej, niż przy użyciu innych środków (»Medico«, 1898, 30). *F. K.*

M. Stern. O chorobach zawodowych (»Münch. med. Woch.«, 1898, 33).

L. Freund. Choroba skórna fotografów (»Klin. th. Woch.«, 1898, 27). Znanem jest, że są pewne zawody, które usposabiają pracujących w nich do pewnych, wewnętrznych lub zewnętrznych chorób. Nawiązując do tej sprawy, opisuje S. pięć przypadków wyprysku pęcherzykowego, spostrzeganego u osób (2 mężczyzn, 3 kobiety), które zajmują się przykrawaniem i szyciem. Wspólne cechy powstawania tego wyprysku na kończynach górnych, przebieg kliniczny i uporczywość, skłoniły autora do twierdzenia, że przyczyna choroby była wspólną, t. j. ich zajęcie.

Podobnie spostrzegał F. przypadek ze zmianami pod postacią »erythromelalgii« i miejscowej zamartwicy (asfiksyi) u fotografa, używającego do wywoływania klisz metolu (amidokresol), tłumacząc powstanie zgrubień przyskórkowych i następowych zmian w czuciu długotrwałem działaniem powyższego środka; dlatego radzi, aby już na flaszkach metolu było wypisane ostrzeżenie i sposób użycia. *F. K.*

VII. Sprawozdanie z IV-go Zjazdu w sprawie gruźlicy

odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia 1898 roku.

Oprócz francuskich badaczy uczestniczyła w tym Zjeździe spora garść obcokrajowców, poczęści urzędowych wysłanników rozmaitych państw. Zaraz nawet na pierwszem posiedzeniu był sprawozdawcą w rozprawach, o zapobieganiu gruźlicy u zwierząt, duńczyk, prof. Bang (z Kopenhagi).

Bang wykazuje na podstawie statystyki, że gruźlica bydła rogatego przybiera wszędzie zastraszające rozmiary. Stratę roczną wskutek gruźlicy oblicza Siedamgrotzky dla Niemiec na $6^1/_2$ miliona sztuk. Równie ważnym względem, jak straty ekonomiczne, jest niebezpieczeństwo zakażenia ludzi przez mięso i mleko gruźlicze. Obawa zakażenia za pośrednictwem mięsa nie jest wielką i istnieje tylko w przypadkach ogólnej gruźlicy, gdy i mięśnie są zajęte; niebezpieczeństwa można przytem łatwo uniknąć przez gotowanie mięsa. Obawa zakażenia mięsa zdrowego za pośrednictwem narzędzi rzeźniczych, zawalanych tkankami gruźliczemi, jest przesadną: zakażenie takie jest zawsze powierzchowne, to też nawet lekkie pieczenie lub smażenie wszelkie obawy pod tym względem usuwa. Znacznie większem jest niebezpieczeństwo zakażenia przez mleko, które spożywa się najczęściej w stanie surowym i stanowi główne pożywienie niemowląt, zwłaszcza, że gruźlica wymion, szczególnie w tym razie ważna, jest bardzo częstą. Gotowanie wyjaławia mleko, lecz zmienia jego smak; wystarczy jednak do wyjałowienia ciepłota 85°C., która smaku mleka nie zmienia; obecnie nawet zakazano w Danii sprzedawać w mleczarniach mleko, nie wyjałowione w tej ciepłocie. Sprawdzić, czy mleczarnie nie przekraczają zakazu, jest bardzo łatwo: mleko nie ogrzane do 85°C. barwi się niebiesko po dodaniu do małej jego ilości kropli wody utlenionej i dwóch kropli wodnego 2% rozczynu parafenylendiaminy; mleko, wyjałowione w 85°C. zachowuje przeciwnie swą barwę (Storck). Dowiedziono również, że prątki gruźlicze mogą znajdować się w maśle; jednakże masło, robione ze śmietanki ogrzanej do 85°C., a zatem jałowej, posiada smak bardzo dobry. Oprócz wyjaławiania mleka w przypuszczeniu, że jest już zakażone, należy jeszcze zapobiegać jego zakażeniu. W tym celu nie można się cofać przed wybijaniem krów, dotkniętych gruźlicą wymion; odpowiednie prawa wydano niedawno w Danii i Szwecyi. Przy udoju powinna być wogóle zachowana jak największa czystość rąk służby, naczyń i samych krów. Sztuki zarażone gruźlicą należy jak najwcześniej od zdrowych oddzielać; w tym celu trzeba wprowadzić jak najczęstsze badanie weterynarskie obór. Wytępienie gruźlicy u bydła byłoby najpewniejszym środkiem ochrony ludzi. Ażeby zaś wytępić gruźlicę u bydła, należy nie dopuszczać bydła chorego do obór zdrowych, rozpoznawać i usuwać sztuki już zarażone i odwietrzać starannie obory, w których one przebywały. Wczesne rozpoznawanie gruźlicy, które jest pierwszym i najważniejszym czynnikiem w zwalczaniu tej choroby u bydła, jest obecnie bardzo łatwo dzięki tuberkulinie. Odczyn po tuberkulinie dowodzi stanowczo, że zwierzę jest gruźlicze; brak odczynu natomiast nic nie oznacza i dlatego wówczas należy jeszcze zwierzęta dokładnie zbadać, jeśli istnieje przypuszczenie gruźlicy. Należy pamiętać, że kilkakrotne wstrzykiwania wytwarzają pewną odporność przeciw tuberkulinie, poczem nie wywołuje ona już odczynu. Właściwość ta może być wyzyskaną przez niesumiennych kupców dla przemycania sztuk zakażonych. Brak odczynu w tych warunkach oznaczać może albo bardzo nieznaczne, lub przeciwnie bardzo rozległe zmiany gruźlicze i dlatego miarodajnym powinien być pierwszy dodatni wynik próby, a nie należy wogóle wstrzykiwań tuberkuliny wtedy powtarzać. Również zmęczenie zwierząt osłabia wrażliwość na tuberkulinę; wstrzykiwanie więc u zwierząt przypędzonych skądinąd należy zaczynać dopiero po kilku dniach spoczynku. Pierwsze próby zapobiegania gruźlicy podjęto na większą skalę w Stanach Zjednoczonych, a potem naśladowano ten przykład w wielu krajach Europy; (szczegółowe dane obacz w memoryale profesora Bujwida „Przegląd lekarski“, Nr. 35, 36 i 37). Idealem zasad zwalczania gruźlicy byłyby według Banga: a) rozpoznanie gruźlicy u wszystkich zwierząt nią dotkniętych; obowiązkowo donoszenie o wszystkich przypadkach gruźlicy z przymusowem badaniem bydła, które z zakażonemi sztukami było w styczności; b) wybijanie i niszczenie zwłok wszystkich zwierząt, mogących być źródłem zakażenia; c) ścisłe odosobnianie sztuk z mniejszemi zmianami, a wybijanie ich w chwili wzrostu choroby. Praktyczne wykonanie tych zasad byłoby bardzo trudne; nawet jednak, gdyby one były wykonalne, nie możnaby usunąć gruźlicy u bydła całkowicie, wobec tego, że tuberkulina, acz doskonała, nie jest jednak bezwzględnie nieomylnym środkiem rozpoznawczym; nadto jeszcze zawsze mogłaby gruźlica szerzyć się z ludzi na bydło. Należy więc zadowolnić się skromniejszym wynikiem i dążyć statecznie do powolnego zmniejszania gruźlicy. Środki do tego wiodące zależeć muszą od funduszów, jakiemi dane państwo rozporządza. Państwa bogate mogłyby przyjąć prawo belgijskie z r. 1895, uboższe zaprowadzić z pewnemi zmianami prawa duńskie, które w ciągu 2 lat zmniejszyły ilość bydła gruźliczego z 15·5 na 10·6%.

Martin (z Paryża): Zwalczanie gruźlicy ludzkiej przez odkażanie mieszkań suchotników. Odkażanie mieszkań suchotników nie jest łatwe; da się ono dokładnie wykonać tylko w szpitalach i uzdrowiskach (sanatoryach), zbudowanych odpowiednio, aby pył nie gromadził się w szczelinach, załomach sprzętów i t. p. Zasada odkażania mieszkań suchotników przyjmuje się jednakże wśród ludności; odrażeń takich wykonano w r. 1892 w Paryżu 4000, w pierwszej zaś połowie 1898 już 7000. Rada miejska paryska postanowiła obecnie zaprowadzić odwietrzanie mieszkań suchotników z urzędu w całej jednej dzielnicy; na próbę wykonano to już 1243 razy w 100 mieszkaniach 5 dzielnic. Chorym polecono używać spluwaczek; bieliznę, sprzęty i wychodki odkażano co tydzień. Zarządzenia te ludność przyjmowała wogóle dobrze.

Letulle (z Paryża): Umieszczenie suchotników w szpitalach paryskich. Pomimo uznanej konieczności odosobniania suchotników, dotychczas w 2 tylko szpitalach paryskich istnieją osobne dla nich oddziały (Lariboisière i Boucicaut). L. kieruje w Boucicaut oddziałem z 35 łóżek; w ciągu 8 miesięcy ze 125 chorych zmarło 38, u 60 stan się nie zmienił, u 27 polepszył. Wyniki te wydają się L. korzystniejsze, niż te, które się spotyka w oddziałach mięszanych (suchotnicy nieoddzieleni od innych chorych), a przypisuje je L. bardzo surowym przepisom higienicznym, leczeniu powietrzem i forsownemu żywieniu. W każdym razie jednak odosobnianie suchotników w szpitach nie wystarcza; należy koniecznie stworzyć odrębne zakłady podmiejskie i na prowincyi. Oddziały szpitalne służyć wówczas będą tylko dla chwilowego umieszczenia suchotników.

Courmont (z Lyonu) zdawał sprawę z badań swoich nad odczynem, powstającym w hodowlach prątków gruźliczych pod wpływem krwi suchotników [1]), a Ricochon (z Champdeniers) z wybuchu gruźlicy w miejscowości, od 15 lat od niej wolnej, po sprowadzeniu się jednego suchotnika.

Hallopeau (z Paryża) stwierdza, że zapomocą tuberkuliny udowodniono doświadczalnie znaczenie jadów prątka gruźliczego w powstawaniu pewnych chorób skóry, nie mających nic wspólnego z miejscowem zakażeniem samymi prątkami. Te choroby skórne pragnie H. odróżnić od gruźliczych spraw, wywołanych bezpośrednio przez prątki, pod nową nazwą „toxituberculides“. Należałyby do nich: liszaj zołzowatych (lichen scrophulosorum), sprawy trądzikowate i rumieniowo-guzkowate. Natomiast nie można dotychczas zaliczyć do tej gromady: tocznia rumieniastego (lupus erythematosus), pewnych postaci niesztowic (ecthyma) i wyprysku, łupieżu czerwonego (pityriaris rubra), rumieniów i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Porównaj „Listy z Paryża“ z czerwca w Nrze 39 „Przeglądu Lekarskiego“.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 29 Września.

* W skład Komitetu polskiego na XIII międzynarodowy Zjazd lekarski, w Paryżu w roku 1900 odbyć się mający, wejdą z Poznania: Radca Dr. Franciszek Chłapowski, Dr. Heliodor Święcicki i Dr. Artur Jaruntowski.

* Dr. Antoni Mars, Prof. zwyczajny Uniw. Jagiell., przełożony Szkoły położnych w Krakowie, mianowany został profesorem i kierownikiem kliniki ginekologiczno-położniczej w Uniwersytecie lwowskim.

* »Wiener Ztg.« ogłasza: Komisarzem rządowym na rok 1898—1899 dla rygorozów lekarskich w Uniw. Jagiell. mianowany został lekarz powiatowy, Dr. Bielański, jego zastępcą dyrektor szpitala, prof. Ponikło. Koegzaminatorami mianowani: przy II rygorozum z medycyny wewnętrznej Dr. Kwaśnicki; jego zastępcą Dr. Murdzieński; przy III rygorozum z chirurgii prof. Dr. Zarewicz, jego zastępcą prof. Dr. Trzebicky.

Komisarzem rządowym dla rygorozów lekarskich w Uniwersytecie lwowskim mianowany został Radca namiestnictwa, protomedyk Dr. Merunowicz, jego zastępcą krajowy inspektor sanitarny, Dr. Barzycki.

Dla rygorozum farmaceutycznego w Uniw. Jagiell. mianowany został komisarzem Dr. Bielański, jego zastępcą fizyk miejski, Dr. Buszek; egzaminatorami z chemii profesorowie Olszewski i Schramm, z farmakognozyi prof. Łazarski; koegzaminatorem aptekarz E. Heller.

Dla rygorozum farmaceutycznego w Uniw. lwowskim mianowani: Komisarzem protomedyk Merunowicz, jego zastępcą Dr. Barzycki; egzaminatorem z chemii prof. Radziszewski, z farmakognozyi prof. Sobierański, koegzaminatorami aptekarze: Piepes Poratyński i Sklepiński.

* Dowiadujemy się, że w lwowskiej klinice chirurgicznej są dwa wolne miejsca dla elewów, lekarzy młodych, którzy zechcieliby w październiku do kliniki wstąpić i przynajmniej rok w niej pozostać. Obowiązki ich i prawa są te same, jakie mają asystenci, to jest badanie i opatrywanie chorych, sporządzanie opisów chorób, operowanie w miarę zdolności i wprawy itd. Dyplom austryacki nie koniecznie potrzebny.

— Szanownej Administracyi »Časopisu lekařů českých« składam najuprzejmiejsze podziękowanie za łaskawie ofiarowane Bibliotece Towarzystwa lekarskiego krakowskiego roczniki »Časopisu« z lat 1893 do 1895.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Dzięki uczynności kolegów, którzy ofiarowali Bibliotece Tow. lek. krak. luźne numera czasopism lekarskich, powiodło się już w roku ubiegłym uzupełnić kilkanaście tomów w tym dziale. Pragnąc prowadzić dalej rzecz w ten sposób pomyślnie rozpoczętą, ponownie odwołać się muszę do koleżeńskiej pomocy i przypomnieć pamięci kolegów, że każdy, nawet najmniejszy dar, jednakowo jest dla Biblioteki pożądany. Szczególnie przydałyby się dla uzupełnienia niekompletnych roczników luźne poszyty tygodników lekarskich niemieckich, przedewszystkiem »Münchener med. Wochensch.« i »Berliner klin. Wochenschr.«; z polskich czasopism szczególnie pożądane są poszyty »Nowin lekarskich«, gdyż dawniejsze roczniki i numera tego czasopisma są zupełnie wyczerpane, nawet w Administracyi »Nowin«.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim, otrzymał Stanisław Ludwik Breyer.

* W Ameryce północnej poczęto wyrabiać sucharki, zawierające taką ilość wyskoku, że upajają spożywających w tym samym stopniu, co najmocniejsze napoje.

Lud nasz, który zarzekając się picia, już nie rozciąga przysięgi na »herbatę z arakiem«, którego notabene dolewa 50%, tem łatwiej wejdzie w układ z sumieniem, skoro przysięga orzeka tylko o piciu, a nie o jedzeniu.

Ufać należy, że Europa nie wpuści tego wyrobu w swe granice i zapobieże jego fabrykacyi u siebie.

* O ile prof. Behring był wytrwały w zdobywaniu patentu amerykańskiego na surowicę przeciwbłoniczą, o tyle jest i uparty w dowodzeniu, że postąpienie jego ze stanowiska etycznego jest zupełnie poprawne. Rozprawia on w »Deutsche mediz. Wochenschrift« (z 15 września), że Helmholtz dla tego tylko nie upomniał się o patent na oftalmoskop, że wówczas w Niemczech nie istniało jeszcze prawo o patentach; dalej, że on już obecnie nie jest lekarzem, nie praktykuje, a tylko pracuje w kierunku doświadczalno-terapeutycznym i potrzebuje pieniędzy itd. Wywody te nie przekonały prasy całego świata, nie wyłączając niemieckiej, która również na kodeks etyczny prof. Behringa nie tylko nie godzi się, ale go potępia.

Konkurs. Dziekan Wydziału lekarskiego rozpisuje konkurs na stypendyum z fundacyi ś. p. Polowej w kwocie 570 złr. do dnia 15 października 1898 r.

Ubiegać się o to stypendyum mogą ci uczniowie Uniwer. Jagiell. którzy studya swe kończą na Wydziale lekarskim tegoż Uniwersytetu; bezpośrednio przed nadaniem stypendyum, złożyli już jeden egzamin ścisły w ciągu studyów z wyszczególnieniem, a zobowiążą się w ciągu roku pierwszego, po ukończeniu studyów, złożyć resztujące egzamina ścisłe i uzyskać dyplom doktora wszechnauk lek.; wykażą się świadectwem ubóstwa, że sami bez obcej pomocy na utrzymanie swe zarabiają. Stypendyum wypłaconem będzie w dwóch ratach w Październiku b. r. i w Marcu r. n.; wypłata pierwszej raty zależną jednak będzie od wykazania się absolutoryum, a wypłata 2-giej raty od wykazania się świadectwem złożonego II-go egzaminu ścisłego z pomyślnym skutkiem.

Stypendysta, który z dopełnienia warunków tych w przepisanym terminie, t. j. do 15/X i 1/III się nie wykaże, uważanym będzie jak gdyby stypendyum utracił.

* Dziekan Wydziału lekarskiego rozpisuje konkurs na posadę demostratora przy katedrze fizyologii, z płacą roczną 300 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 7 października.

Nekrologia. Z Paryża dochodzi smutna wiadomość o śmierci Dra Jasiewicza. Syn wychodźcy i wychowaniec Szkoły Batignolles, zmarły był gorącym wyznawcą zasad i uczuć, przez przodków mu przekazanych. Wybitna zdolność i głęboka wiedza wzbudzały szacunek dla jego przemówień w francuskich Towarzystwach lekarskich. Po polsku pisywał korespondencye z Paryża do dzienników lekarskich. Cześć jego pamięci.

Dr. Ludwik Sławski zmarł w Niżnym Nowogrodzie w 35 roku życia. Dr. Zenon Hirkont zmarł w własnym majątku gubernii kowieńskiej, licząc lat 73. Dr. Wiener M., prof. położnictwa, zmarł w 48 roku życia w Wrocławiu. Dr. Wallace J., profesor położnictwa i ginekologii, zmarł w Liwerpolu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 39): Dra Kalicińskiego L.: Szesnaście przypadków wilgotnych krepitacyi przy obecności płynu w jamach opłucnej. Dra Simona A.: O wpływie parowych kąpieli na czynność wydzielniczą żołądka. W *Medycynie* (Nr. 39): Dra Grosglika: W sprawie miejscowego leczenia pęcherza po kruszeniu kamienia. Dra Kleina St.: Somatoza żelazista, oraz kilka uwag o tak zw. »Anaemia infantum pseudoleukaemica«. W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 18): Dra Brunnera J.: Najnowsze prądy w nauce o odporności (ciąg dalszy).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 5 Października, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum" w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

Po załatwieniu kilku ważnych spraw administracyjnych nastąpi odczyt kol. Prof. Dra Marsa z dziedziny ginekologii.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla prenumeratorów, w obrębie monarchii austryackiej zamieszkałych, dodatek o **„wodzie Mitterbadzkiej"**.